



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)  
VOLUNTARY PLACEMENT/FOSTER CARE PROGRAM

**PLAN DE PERMANENCIA**  
**Niños con discapacidades (RCW 74.13.350)**  
**PERMANENCY PLAN**  
**Child with disabilities (RCW 74.13.350)**

FECHA(S) DE LA(S) AUDIENCIA(S)	
NÚMERO DE CAUSA	NÚMERO DE CASO

**INFORMACIÓN IDENTIFICATORIA**

NOMBRE DEL NIÑO (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO
--	------------------------------	----------------------------------

PROVEEDOR DE CUIDADOS Y UBICACIÓN ACTUALES

ESTADO LEGAL ACTUAL

GRUPO ÉTNICO (MARQUE LO QUE CORRESPONDA)  
 Negro     Blanco     Asiático     Hispano  
 Americano nativo (de acuerdo al adjunto A o el Plan de servicios individual), fechado: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE COLOCACIÓN**

TIPO DE COLOCACIÓN	FECHA INICIAL DE COLOCACIÓN	FECHA DE REVISIÓN DE LA CORTE
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

PRINCIPAL(ES) INVOLUCRADO(S)

NOMBRE	DOMICILIO	NÚMERO DE TELÉFONO
MADRE/GUARDIÁN LEGAL		
PADRE/GUARDIÁN LEGAL		
GAL		
ASISTENTE SOCIAL		

RAZÓN PARA LA COLOCACIÓN FUERA DEL HOGAR

METAS PRIMARIAS DE LA COLOCACIÓN  
 Retorno al hogar     Tutela     Adopción     Acuerdo fuera de casa a largo plazo

**PLAN DE PERMANENCIA**

METAS ALTERNATIVAS (SI CORRESPONDEN)

DECLARACIÓN DE RESUMEN (AVANCE HACIA LA META DE COLOCACIÓN PRIMARIA)